1922

JUN 19 1922

Auszug

aus der

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Vereinigten Friedrichs-Universität Halle-Wittenberg

vorgelegt von

Artur John

aus Roßleben (Unstrut)

Referent: Oberarzt Dr. Budde.

Halle a. d. S. 1922

Buchdruckerei des Waisenhauses

Über den Wert der Pylorusresektion und Pylorusausschaltung mit besonderer Berücksichtigung der motorischen Funktion des Magens.

Bei den mannigfachen Methoden der Pylorusausschaltung, Einfalten der Darmwand, Ligaturen aus Katgut, Seide oder elastischen Ligaturen aus Gummi, Streifen aus der Fascie des Muskulus rectus, zeigte es sich, daß der Darm die Ligaturen als Fremdkörper ins Lumen abstieß und der alte Zustand wieder hergestellt war.

Als erster umschnürte Kelling 1900 mit einem Faden den Pylorus, ein Verfahren, das 1910 von Parlavecchio wieder aufgenommen wurde, der Baumwollbänder benutzte, die aber, wie v. Tappeiner beweisen konnte, einen ständigen Reiz ausübten und zu perigastritischen und periduodenalen Verwachsungen Anlaß gaben. 1912 empfahl Wilms körpereigenes Material, z. B. einen Streifen aus der Scheide des Muskulus rectus, wobei er angeblich gute Erfolge gehabt hat. An Stelle der Fascie wurde 1913 das Ligamentum hepato-umbilicale vorgeschlagen. Über diese Methode berichtet 1921 Kaiser. Bei den ersten Fällen hatte er glänzende Erfolge. Zwei Patienten bekamen jedoch derartige Beschwerden, daß sie relaparotomiert werden mußten, wobei sich eine starke Entzündung der Pylorusgegend fand. Die anderen Patienten hatten geringe Beschwerden, aber alle hatten nach 3 bis 4 Monaten wieder einen durchgängigen Pylorus.

Die Pylorusdurchtrennung wurde 1893 von v. Eiselsberg und Doyen, beide unbbhängig voneinander, ausgeführt und erfuhr im Laufe der Jahre noch verschiedene Modifikationen, Neben dem Vorzug der absoluten Sicherheit, den diese Methode bietet, erblickt v. Tappeiner darin einen Nachteil,

daß neben der Größe der Operation durch Einfluß des Gewichts des frei schwebenden Pylorusstumpfes und der angenähten Dünndarmschlinge eine erhebliche Gastroptose entstehen kann. Auch über Volvolus des Magens wird berichtet.

Die motorischen Verhältnisse bei Pylorusverschluß und Pylorusresektion mit Gastroenterostomie sind nach Rost nur wenig verändert. Füllung und Entleerung des Magens geht nach Art und Zeit ebenso vor sich, wie normal. Kaiser fand jedoch eine sofortige Entleerung, wenn auch in Schüben. Das Auftreten von Geschwüren des anastomosierenden Jejunum ist nach allgemeiner Vorstellung dadurch bedingt, daß die in ihrer Vitalität geschädigte Darmwand durch den Magensaft angedaut wird, besonders bei Hyperazidität. So fand v. Roojen bei Ulcus jejuni 21mal Hyperazidität und 12mal normale oder unternormale Salzsäurewerte, und Patern von 18 Fällen 13mal Hyperazidität. Ein beträchtlicher Schutz für das Jejunum liegt in dem Zufließen von Galle und Pankreassekret, die die Salzsäure neutralisieren. In denjenigen wenigen Fällen von normalem Salzsäuregehalt oder Subazidität, in denen Ulcera jejuni aufgetreten sind, nimmt man eine mechanische Schädigung der Darmwand an, sei es bei der Operation oder durch Murphyknopf oder Seidennaht u. a.

Der Entleerung des Magens sollen nach manchen Autoren Pendelbewegungen des angehefteten Dünndarmes großen Widerstand entgegensetzen. Nach Göcke wiederum ist die Entleerungszeit des Magens nach Resektion des Pylorus abhängig von der Hubhöhe des verbliebenen Magenrestes, d. h. je kürzer die große Kurvatur ist, um so rascher entleert sich der Magen.

Die in den letzten zwei Jahren in der Chirurgischen Klinik in Halle nach der v. Eiselsbergschen Methode operierten Patienten konnte ich jetzt nachuntersuchen. Sie boten im allgemeinen folgendes Resultat:

Während bei den Fascienumschnürungen von Kaiser nur zwei Fälle ein ideales Resultat boten, alle übrigen aber mehr oder weniger heftige Beschwerden hatten, konnte bei den nach v. Eiselsberg Operierten bis auf einen Fall überall

eine z. T. erhebliche Gewichtszunahme festgestellt werden. Nur drei Patienten haben auch jetzt noch ziemlich beträchtliche Beschwerden, Schmerzen, z. T. Erbrechen, die bei einer Patientin sogar zur weiteren Gewichtsabnahme geführt haben. Alle übrigen sind zum Teil völlig beschwerdefrei, können alles essen und gehen ihrem Beruf wieder voll nach, während der Rest sich zwar noch einen gewissen Zwang bei der Art und Zahl der Mahlzeiten auferlegen muß, aber bei einiger Diät über keine größeren Beschwerden zu klagen hat. Motorisch zeigte sich ein recht verschiedenartiges Bild. Von einer verlangsamten Entleerung durch die Gastroenterostomie, wie sie Dagaew und andere Autoren beobachtet haben, konnte nichts festgestellt werden. Im Gegenteil sah man durchweg eine erhebliche Beschleunigung der Entleerung bis zum Typus der Sturzentleerung.

Daß nach Göcke die Entleerungszeit des Magens nach Resektion des Pylorus abhängig ist von der Hubhöhe des verbliebenen Magenrestes, war wohl auch hier festzustellen. Je kürzer die große Kurvatur noch war, um so schneller fand die Entleerung statt, die bis auf die Sturzentleerung zunächst in kleinen, dann in größeren Schuben vor sich ging. Die Peristaltik war z. T. lebhaft, z. T. herabgesetzt, ebenso wie man am Dünndarm einen recht erheblichen Unterschied in den Bewegungen feststellen konnte, und zwar steht wohl die gesteigerte Peristaltik in direktem Verhältnis zu den Schmerzattacken.

Pendelbewegungen des Dünndarmes konnten ebensowenig wie Ulcera jejuni festgestellt werden.

Vergleicht man die Erfolge bei der Fascienumschnürung und v. Eiselsbergschen Methode, so ist wohl der letzteren unbedingt der Vorzug zu geben, wenn sie natürlich auch noch lange nicht ideale Verhältnisse schafft.